

# ASSURANCE SANTÉ DES PROFESSIONNELS

Document d'information sur le produit d'assurance

PACIFICA - Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances - 352 358 865 RCS PARIS.

Produit : ASSURANCE SANTÉ DES PROFESSIONNELS



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit et ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

## De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le contrat complémentaire santé a pour objet de couvrir tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, maladie ou de maternité en complément de la Sécurité Sociale française. Ce contrat respecte les conditions légales du contrat responsable. Il peut également proposer des services associés.

✓ : Garantie en inclusion dans tous nos contrats - ✗ : Exclusion à la souscription dans tous nos contrats - ! : Exclusion de couverture dans tous nos contrats



## QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Une somme peut rester à charge de l'assuré.

### Les garanties essentielles systématiquement prévues

#### Soins courants

- ✓ Honoraires médicaux (consultations, visites, auxiliaires médicaux, analyses, radios et chirurgicaux) : De 100% à 150% de la Base de remboursement de l'Assurance Maladie (BR) + un forfait pouvant aller jusqu'à 200€
- ✓ Pharmacie (dont vaccin antigrippal) : 100% de la BR.
- ✓ Pharmacie non remboursée par le Régime Obligatoire : Un forfait pouvant aller jusqu'à 200€
- ✓ Médecines alternatives : Un forfait pouvant aller jusqu'à 200€ (maximum 50€/acte).

#### Dentaire

- ✓ Prothèses et orthodontie : De 125% à 150% de la BR + un forfait pouvant aller jusqu'à 400€

#### Optique

- ✓ Lunettes (monture et verres simples) et lentilles (y compris prescrites non prises en charge par le régime obligatoire) : De 100% à 150% de la BR + un forfait pouvant aller de 100€ à 400€. Majoration verres complexes et très complexes de 100€
- ✓ Autres prothèses (appareillage, prothèses orthopédiques et auditives...) : De 100% à 150% de la BR + un forfait pouvant aller de 400€

#### Cure thermale

- ✓ Cure thermale : De 100% à 150% de la BR + un forfait pouvant aller jusqu'à 400€

### Les garanties et services complémentaires

- ✓ Réseau de soins : accès à des tarifs négociés et garanties supplémentaires sur des lunettes et lentilles.
- ✓ Assistance : Rapatriement et transport sanitaire, aide-ménagère à domicile, garde à domicile de l'enfant...

### Les garanties optionnelles à votre main

#### Hospitalisation

- Chambre particulière : Une somme pouvant aller jusqu'à 75€/jour.
- Lit accompagnant : Une somme pouvant aller jusqu'à 50€/jour.
- Forfait TV et internet : Une somme pouvant aller jusqu'à 150€ (soit 10€/jour).
- Forfait accouchement : Un forfait pouvant aller jusqu'à 400€
- Frais de séjour, frais de transport : 100% du TB.
- Forfait hospitalier : hospitalisation 18€/jour et psychiatrie 13,50€/jour.

#### Les avantages

- Avantage fidélité : en fonction du niveau de garantie choisi et à partir de 3 années consécutives à compter de la date de souscription, majoration de 50€ sur les forfaits optique, dentaire, cure thermale et audioprothèse.
- Avantage plus de 50 ans : majoration de 50€ sur les forfaits optique, dentaire, cure thermale et audioprothèse.



## QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les personnes n'ayant pas le statut de Travailleur Non Salarié (TNS).
- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet de l'adhésion.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses non prises en charge par le Régime Obligatoire.
- ✗ Les interdictions de prise en charge au titre du contrat responsable.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
  - dans les unités ou centres de long séjour
  - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.



## Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

### PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! Les dépenses résultant de soins données à la suite de tout acte volontaire de l'assuré ou de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ne sont pas pris en charge par le contrat.

### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Prise en charge Optique limitée à un équipement tous les 2 ans, réduit à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.

#### Franchises, seuils d'intervention et limitations de l'indemnité :

- ! Le remboursement des honoraires est limité à 250% de la Base de remboursement et limité à 200% pour les praticiens non signataires du dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM CO).
- ! Les plafonds varient en fonction de la formule et des options souscrites et prennent en compte les remboursements du Régime Obligatoire.



## OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- En France métropolitaine, sur l'île de la Réunion, en Guadeloupe, en Martinique, en Guyane et à Mayotte.
- En Europe pendant un séjour d'un an au maximum.
- Dans les autres parties du monde pendant un séjour de 3 mois maximum.



## QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie :

### À la souscription du contrat

- Les déclarations doivent être sincères et conformes à la réalité.
- L'assuré doit nous informer du nom des autres assureurs couvrant le même risque.
- L'assuré doit payer la cotisation indiquée au contrat.

### En cours de contrat

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements. :
  - › Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
  - › Changement de profession : dans ce cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



## QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables annuellement et d'avance.

Lorsque la cotisation annuelle est payable par fractions, il est entendu qu'en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation à sa date d'exigibilité :

- toutes les fractions non encore payées de l'année d'assurance en cours deviennent exigibles,
- en cas de paiement mensuel, le fractionnement devient automatiquement annuel.

Le paiement est effectué par prélèvement automatique ou par chèque.



## QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Sauf dispositions relatives à un éventuel délai de renonciation, le contrat prend effet aux date et heure indiquées sur la Demande d'adhésion. À défaut de précision concernant l'heure, il ne jouera qu'à compter de zéro heure le lendemain de sa signature.

La durée du contrat est d'un an. Il est reconduit de plein droit pour une nouvelle période annuelle, sauf résiliation.



## COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Le contrat peut être résilié par lettre recommandée adressée au siège de Pacifica ou à l'intermédiaire en assurances, ou en remplissant, à l'agence, un imprimé de résiliation contre récépissé.

La résiliation peut s'opérer :

- Soit à échéance annuelle, en respectant un préavis d'un mois.
- Suite à révision des cotisations à l'échéance, l'assuré est en droit de refuser cette modification en résiliant le contrat dans les 30 jours suivant la date à laquelle il en a eu connaissance.
- Si suite à un sinistre nous résiliions l'un des contrats, l'assuré peut alors résilier, dans un délai d'un mois après cette notification, tous ses autres contrats non soumis à une obligation d'assurance.
- Si nous refusons de réduire la cotisation en cas de diminution du risque pour un motif autre que l'état de santé de l'assuré, celui-ci peut résilier dans un délai d'un mois.
- Pour les changements dans la situation personnelle ou professionnelle de l'assuré dans un délai de trois mois suivant la date de l'évènement avec un préavis d'un mois.